

P-170

硬膜動静脈瘻に対する磁場式ナビゲーションシステムを用いた脳血管内治療

名古屋第一赤十字病院 脳神経外科

○服部 健一、波多野 寿、岡本 剛、藤谷 繁、稲尾 意秀

硬膜動静脈瘻に対しては経静脈的塞栓術が根治的治療として選択されることが多いが、罹患静脈洞へのカテーテルアクセスに難渋する事も時に経験する。今回我々は磁場式ナビゲーションシステムを用いて罹患静脈洞・drainage veinを直接穿刺して脳血管内手術を行った2症例を経験した。(症例1) chemosis・眼球突出・複視にて発症した海面静脈洞部硬膜動静脈瘻の64歳女性。後方ドレナージは認めず、眼角静脈にも高度の屈曲があり上眼静脈への大腿静脈穿刺での経静脈的アプローチが困難であったため、局所麻酔下で磁場式ナビゲーションを用いて上眼静脈を経皮的に直接穿刺して塞栓術を施行した。(症例2) 出血にて発症した右横静脈洞部硬膜動静脈瘻の58歳男性。Isolated sinusからvein of Labbe經由superficial sylvian vein、Superior Sagittal SinusにCortical refluxが見られ、superficial sylvian veinにできたvarixから出血していた。Isolated sinus直上にburr holeを設けて、直接穿刺による塞栓術を行った。Burr holeの作成に全身麻酔下で磁場式ナビゲーションシステムを用いた。(結論) 両症例において硬膜動静脈瘻の完全塞栓が得られた。上眼静脈の直接穿刺は外科的に露出してから穿刺する方法と比べて格段に低侵襲であった。Isolated sinusの直接穿刺に関しても簡便かつ正確な位置決めが可能であった。当院での工夫を含めて磁場式ナビゲーションシステムの血管内治療への応用と今後の課題について報告する。

P-172

低髄液圧症候群に対する硬膜外生理食塩水注入テストの有効性

盛岡赤十字病院 脳神経外科

○久保 直彦、岡田 一敏、船山 雅之、木戸口 順

目的：当科では低髄液圧症候群（脳脊髄液減少症：CSFH）に対するブラッドパッチ療法（EBP）を平成20年から開始した。「厚労科研費研究班による診断基準」が発表されてからは、その診断基準に基づきEBPの適応を決めているが、典型的な症状を呈する患者でも画像の異常所見を認めず、EBPの適応を迷う症例がある。そのような症例には硬膜外生理食塩水注入テスト（ESIT）を実施している。ESITの結果とEBPの治療成績について報告する。対象、方法：平成20年以降CSFHを疑われた147名中、ESITを実施した11例である。いずれもMRI（造影含む）、RI検査、CT脊髓造影の検査で、診断基準のCSFHの「疑い」「所見なし」「相当なし」「確定」「確実」に相当する症例はESITを行わずEBPを行った。いずれも保存的な治療を行ったが軽快しなかった慢性期の患者である。頭痛の評価はNRCで3以上の改善を有効とした。ESITは生理食塩水20mlを注入した。結果：ESIT実施例の頭痛の程度は仕事、日常生活に支障がある5例、ある程度支障がある6例で、最悪時期より4～6程度半減していた。ESIT後NRS3以上改善例は10例で、8例に対しEBPを実施した。EBP後症状の改善度はESITの程度とほぼ同様であったが、5例に症状の再発を認め複数回実施した。2例は症状が軽快しそのまま保存的治療となり、1例では効果がなくEBPを実施しなかった。考察、結論：低髄液圧症状を呈する症例でも診断基準に合致するが画像所見を呈するものは30％に満たないと言われる。検査を繰り返すのは心身、経済的負担も大きく、保険適応になったとはいえ、合併症も起こりうることからEBPをむやみに実施するのは問題がある。ESITはEBPの適応決定に有効な方法と思われるが、その実施、効果判定にはさらなる検討が必要である。

P-174

脳神経外科患者の安全と看護師ができる拘縮予防

名古屋第一赤十字病院 脳神経センター

○鈴木 理恵、加藤留美子、井内 豊子、須永 康代

【背景】脳神経外科患者は、意識障害を伴うことや術後頭部にドレナージ術を施行されることがあり、そのような患者の安全を守るために、必要時、身体行動制限を施行することがある。しかし、手首用安全帯や介護用ミトン型手袋を使用し行動制限することによって、下肢の拘縮を進行させてしまうことや、早期離床に踏み切れない現状もある。そこで今回は、理学・作業療法以外の時間で看護師が行う拘縮予防の取り組みを行ったので、ここに報告する。【対象】脳神経外科の患者で身体行動制限を施行されているすべての患者。【方法】毎朝各モジュールでカンファレンスを行い、安全帯の施行が必要な状態であるか検討する。毎日15時～16時の間に当日担当看護師が、手首用安全帯施行中の患者に対しては、肘・肩の可動域訓練を左右10回ずつ、介護用ミトン型手袋を装着している患者に対しては手の開閉運動を左右10回ずつ、両方装着している患者へは両方の運動を施行した。家族参画型の看護を提供するために家族へも身体行動制限の必要性を説明し、看護計画を開示した。患者の状態改善の目的で座位訓練を実施した。【結果】上記の介入により、患者の意識状態に変化がでてきたり、早期離床に繋がったりした。時間や方法を決めて病棟全体で取り組むことにより看護師の負担も大きくはなかった。家族へも説明することで、ベッドサイドで患者を支援したり、激励したりする姿が見られ、身体行動制限を解除できる時間が増えたケースもあった。

P-171

急性出血性白質脳炎と考えられた1例

松江赤十字病院 脳神経外科

○並河 慎也、大林 直彦、矢原 快太、岡村 朗健、中岡 光生

急性出血性白質脳炎は、感染や予防接種を契機に発症し、急速な経過をたどる極めて予後不良な脱髄性疾患で、急性散在性脳脊髄炎の劇症型として、臨床経過、画像所見、組織診断と合わせて診断される。今回、われわれは、延髄病変に対して、当初脳幹部グリオーマを疑い生検術を含めた治療を行ったが、最終的に急性出血性白質脳炎の診断に至った症例を経験したので報告する。症例は17歳女性。上気道炎症状以後、一週間の経過で右顔面知覚鈍麻、嚥下困難、体幹失調、左下肢脱力が急激に進行した。頭部MRIにて延髄右側に不整な造影効果を伴う腫瘍性病変を認めた。急性の臨床経過で診断が困難であったため、組織生検術を施行した。組織像では明らかな腫瘍性病変は認められず、微小血管の壊死を伴った脱髄性病変が疑われた。発症早期からのステロイド治療が著効し、ほぼ神経脱落症状なく退院した。上気道炎からの臨床経過、病理組織診断、ステロイド治療による症状改善などから急性出血性白質脳炎と診断した。まれではあるが、当疾患を鑑別の一つとして認識しておくべきと考える。

P-173

意図的に部分塞栓術後クリッピング術を行った中大脳動脈大型破裂動脈瘤の1例

石巻赤十字病院 脳神経外科

○鈴木 一郎、石川 修一

【目的】中大脳動脈大型破裂動脈瘤に対して、急性期に部分塞栓術、慢性期にクリッピング術を行った1例を経験したので報告する。【症例】58歳、男性、頭痛後の意識障害で発症、近医を経て搬送入院となった。入院時JCS10、四肢麻痺なし、CTで左前頭葉脳内出血を伴うくも膜下出血の所見。CTAngiography(CTA)で左中大脳動脈分岐部に16×9.6×11mm、neck 8.1mmの動脈瘤、左M1は9mm、両側M2はdomeから起始しており、inferior trunkはdomeに近接して走行している所見を認めた。根治術としてはクリッピング術が適当と思われたが、上記のCTA所見からは、急性期には難しい手術となる可能性があった。血管内治療では動脈瘤完全閉塞は困難と思われたが、blebを含めた部分塞栓は可能と考え、急性期にblebを含めた部分塞栓術を行い、慢性期にクリッピング術を行う方針とした。入院同日、blebを含めた部分塞栓術施行、術後再出血なく経過、軽度運動性失語がある状態、mRSIで自宅退院となった。フォローアップDSAではcoil compactionにより徐々に動脈瘤が増大する所見が認められた。塞栓術から4か月後に開頭クリッピング術施行、術中所見では術前の撮影で指摘されていたblebが破裂部位であることが確認された。コイルを取り出して3本のクリップを用いて血管形成的にクリッピングを行った。術後DSAでは動脈瘤は造影されず、術後新たな神経脱落症状なく経過、mRSIで自宅退院となった。【結論】急性期部分塞栓術、慢性期にクリッピング術を行い、経過良好であった中大脳動脈大型破裂動脈瘤の1例を経験したので報告した。

P-175

入院前サポートセンターにおける当院の取り組み1 ～事務職員の視点から～

大阪赤十字病院 入院支援課

○中出 智子、木村 奈緒、大島 富枝

【はじめに】当院は2015年4月、安心・安全な医療の提供を目的に、入院前サポートセンター（以下、センター）を開設した。開設時は、消化器内科（大腸内視鏡検査・入院ボリベク）、外科（全身麻酔）を対象としていたが、循環器内科、整形外科、泌尿器科と順次拡大していった。センターには1日あたり、入院申込患者約60名、予定入院の到着確認患者約70名、緊急入院患者約20名、更にはセンター対象患者約30名が来所し、事務職員の1日の対応患者数が200名近くになる場合もある。今回、効率的な業務をするための取り組みを行ったのでここに報告する。【取り組みと結果】多くの患者対応をしているにも関わらず、患者がセンター到着時に1か所の受付で来所目的を口頭確認し、看護師や薬剤師、事務職員に業務を振り分けていた為、受付周辺が混雑し待ち時間が長く、患者サービスが低下していた。そこで、各診療科と調整し診察室で、入院手続き（患者、大腸内視鏡検査患者などに所定の用紙を配布してもらうことにした。これにより、センター到着時には一目で来所目的がわかり、混雑が緩和され待ち時間も短縮し、患者からも評価を得られた。また、大腸内視鏡検査・外科（全身麻酔）等の説明パンフレットの整備により、検査や手術を行う医師から安全に検査や手術ができていているという評価も得た。更には、医療情報課と協働し、薬剤師外来や看護師外来などの予約システムを稼働させたことで、対象診療科をトラブルなく拡大することができた。【終わりに】当センターのような他職種が協働する部署においては、薬剤師や看護師が専門性を発揮できる為の調整や準備を、事務職員が積極的に担うことで業務を円滑に進めることができたと実感した。今後は、更なる業務の効率化を図り、患者サービスの質の維持に努めたい。

10月21日(金)
一般演題(ポスター)
抄録